



Sygn. akt I CSKP 79/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 września 2021 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Mariusz Łodko (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Marcin Łochowski

SSN Joanna Misztal-Konecka

w sprawie z powództwa M. T. i P. T.

przeciwko Szpitalowi [...] w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej

w dniu 16 września 2021 r.,

skargi kasacyjnej powodów od wyroku Sądu Apelacyjnego w [...]

z dnia 21 grudnia 2018 r., sygn. akt V ACa [...],

- 1. oddala skargę kasacyjną;**
- 2. nie obciąża powodów kosztami postępowania kasacyjnego;**
- 3. przyznaje adw. M. K. ze Skarbu Państwa - Sądu Apelacyjnego w [...] kwotę 5400 (pięć tysięcy czterysta) zł powiększonej o podatek VAT, tytułem kosztów pomocy prawnej udzielonej powodom z urzędu w postępowaniu kasacyjnym.**

UZASADNIENIE

Wyrokiem 21 grudnia 2018 r. Sąd Apelacyjny w [...] oddalił apelację powodów od wyroku Sądu Okręgowego w W. z 22 marca 2017 r., którym Sąd Okręgowy oddalił powództwo M. T. i P. T. - następców prawnych M. T. - wniesione przeciwko Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi Ginekologiczno-Położniczemu im. [...] w W. (obecnie Szpital Specjalistyczny im. [...] SPZOZ w W.) o odszkodowanie, zadośćuczynienie i rentę.

Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne Sądu pierwszej instancji, z których wynika, że pozwany szpital w 2000 roku był szpitalem pierwszego stopnia referencyjności. Powódka M. T. 11 stycznia 2000 r., będąc w 36 tygodniu drugiej ciąży, zgłosiła się do poradni przyszpitalnej. Wykonano badanie położnicze i KTG, zalecono stosowanie leku Furagin. Badania nie dały wskazań do wykonania cięcia cesarskiego. Wynik badania dopplerowskiego mieścił się w granicach normy. Termin porodu określono na 12 lutego 2000 r. M. T. zgłaszała się do tego samego lekarza jeszcze 20 i 28 stycznia oraz 1, 4, 8, 11 i 14 lutego 2000 r. W zapisach z kolejnych wizyt lekarskich brak jest informacji o jakichkolwiek odchyleniach od normy w przeprowadzonych badaniach diagnostycznych. W dniu 14 lutego 2000 r. o godz. 14:05 M. T. została przyjęta do szpitala z zachowanym pęcherzem płodowym, bez czynności skurczowej. Podała, że od tego dnia czuje słabiej ruchy płodu. W badaniu wykonanym o godz. 14:10 stwierdzono: część pochwowa skrócona, ujście zewnętrzne rozwarte na 2 palce, część przodująca - główka nieustalona. Badanie USG wykazało: szacunkową masę płodu - 3970 +/- 600 g, stopień dojrzałości łożyska I, zmniejszoną ilość wód płodowych, AFY - 7 cm, przepływ w tętnicy mózgowej - PY - 1,4, RY - 0,71 (norma) i przepływ w tętnicy pępowinowej - PY - 0,88 i RY 0,59 (norma). O godz. 14:22 stwierdzono zwolnienia akcji serca płodu do 60 uderzeń na minutę, po czym powódkę przeniesiono do sali porodowej. Wykresy KTG zostały oznaczone od godz. 15:50, co 10 min. O godz. 14:35 M. T. została przeniesiona z oddziału Patologii Ciąży na salę porodową z powodu bradykardii płodu. O godz. 16:30 zapisano: część pochwowa miernie skrócona, kanał drożny dla 2 palców, przy badaniu pękł pęcherz płodowy - płyn owodniowy gęsty, zielony, słabe skurcze macicy, deceleracje po każdym skurczu. Zdecydowano wtedy o zakończeniu porodu przez cięcie cesarskie. W historii

choroby odnotowano: niedotlenienie wewnątrzmaciczne rozpoczynające się; położenie podłużne główkowe; stan po odpłynięciu gęstego, zielonego płynu owodniowego; brak gotowości porodowej; deceleracje późne do 100/min; słaba, nieregularna czynność skurczowa. W opisie zabiegu zanotowano m. in.: bez trudności wydobyto syna żywego donoszonego 4660/58 w stanie ogólnym ciężkim, owinięty wokół szyi pępowiną.

Stan noworodka w skali Apgar oceniony został po 1 minucie od urodzenia - 2 pkt., po 5 minutach - 5 pkt., a po 10 minutach - 6 pkt. Stwierdzono: noworodek wiotki, nie krzyczy, sinica uogólniona, skóra pokryta zieloną mazią, czynność serca miarowa, przyspieszona, nad płucami szmer pęcherzykowy, brzuch miękki. Z nosa i jamy ustnej odśluzowano gęstą, ciągnącą się zieloną treść. Dziecko umieszczono w cieplarce pod butlą tlenową, podłączono do kardiomonitora. Ustalono: czynność serca 140-160, saturacja 85-95%, oddechy 30-60/min., poziom glukozy - 10 mg%. Podłączono dożylny wlew glukozy. Od 20:00 stwierdzono okresowe bezdechy, z sinicą, bez bradykardii. Badanie krwi wykazało: L 54 tys., płytki 126 tys., glukoza (na wlewie) 33 mg%, zmniejszono wlew. Pobrano krew na posiew, mocz cewnikowany. O 22:00 stwierdzono kolejny długi bezdech. Pobrano gazometrię, zaintubowano noworodka oraz podłączono do respiratora, po czym zdecydowano o przeniesieniu na Oddział Intensywnej Terapii.

Z ustaleń Sądu Apelacyjnego wynika, że M. T. od 14 lutego do 14 marca przebywał na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej w W. z rozpoznaniem: stan po zamartwicy, 2 pkt. w skali Apgar, głębokie niedotlenienie ośrodkowego układu nerwowego, uszkodzenie OUN, stan po niewydolności oddechowej, niewydolność nerek wymagająca leczenia nerkozastępczego, hemofiltracja, dializa otrzewnowa. W dniu 14 marca 2000 r. w stanie ogólnym średnim został przekazany do Kliniki Nefrologii. W Klinice M. T. leczono do 2 maja 2000 r. z rozpoznaniem: niedotlenienie OUN, niewydolność nerek w przebiegu zamartwicy okołoporodowej, uszkodzenie OUN, stan po wylewie dokomorowym i do tkanki mózgowej, dializa otrzewnowa, zakażenie układu moczowego, nadciśnienie tętnicze, niedokrwistość, podejrzenie zaników nerwów wzrokowych, obserwacja serca - otwór owalny, obustronna przepuklina pachwinowa, rozstęp mięśni prostych brzucha. Od 2 do 12 maja 2000 r. przebywał na Oddziale Dializ.

Usunięto mu cewnik Tencrhofa i wszczepiono cewnik przedmostkowy do dializ otrzewnowych oraz wykonano plastykę obustronnych przepuklin pachwinowych i przepukliny w kresie białej, w bliźnie pooperacyjnej.

Sytuacja położnicza M. T. podczas jej badania 14 lutego 2000 r. w izbie przyjęć pozwanego szpitala nie była wskazaniem do rozwiązania ciąży cesarskim cięciem. Brak było przesłanek do zakwalifikowania ciąży o zwiększonym ryzyku. Rozpoznanie o godz. 14:22 spadku tętna płodu poniżej 60 uderzeń na minutę nie stanowiło wskazania do rozwiązania przez cesarskie cięcie, ale do przeniesienia pacjentki na obserwację. Wskazanie do wykonania cesarskiego cięcia stanowiły pojawiające się spadki tętna płodu w późniejszym okresie. Na wykresach KTG wykonanych od godz. 15:50 do 16:30 co 10 minut widoczny był pojedynczy epizod bradykardii, reszta wykresów kształtowała się w granicach normy. Bradykardia płodu jest objawem niedotlenienia, a jej pojedynczy epizod nie wskazuje, że niedotlenienie osiąga stopień nakazujący natychmiastowe urodzenie dziecka.

Podczas porodu u M. T. doszło do znacznego niedotlenienia centralnego układu nerwowego. Przyczyną tego stanu najprawdopodobniej były zaburzenia przepływu krwi przez naczynia pępowinowe, spowodowane owinięciem się pępowiny wokół szyi. Niedotlenienie prawdopodobnie trwało przez pewien okres przed urodzeniem się dziecka, gdyż wskutek niedotlenienia organizmu u płodu doszło do stymulacji ruchów perystaltycznych przewodu pokarmowego i wydalenia smółki do wód płodowych. Także przebyte wcześniej infekcje dróg moczowych u powódki, stwierdzone w 31 i 36 tygodniu ciąży, mogły przyczynić się do uszkodzenia mózgu dziecka. W dokumentacji nie ma badania gazometrycznego krwi, które z uwagi na stan dziecka powinno być wykonane w pierwszych kilkunastu minutach po urodzeniu. Umożliwiłoby to ocenę stopnia niedotlenienia organizmu dziecka i oznaczenie wskazówek do dalszego leczenia farmakologicznego. Jednakże brak tego badania nie pozostawał w związku przyczynowym ze stopniem niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego, czy uszkodzeniem nerek dziecka. Stan kliniczny M. T. bezpośrednio po urodzeniu sugerował przekazanie pacjenta do oddziału intensywnej terapii, gdyż noworodek urodził się z zespołem zachłyśnięcia smółką, mogącym stanowić zagrożenie życia. Bezpośrednio po urodzeniu rozpoczęto akcję reanimacyjną, a po przewiezieniu dziecka na oddział intensywnej

terapii nastąpiła jedynie intensyfikacja działań medycznych, która wynikała z pogarszającego się stanu klinicznego. M. T. został podłączony do respiratora w piątej godzinie życia, a następnie, wobec pogarszania się stanu, po 7 godzinach życia został przekazany na oddział intensywnej terapii. Takie postępowanie wynikało z niskiej referencyjności oddziału, w którym urodziło się dziecko. Poziom referencyjności był niewystarczający pod względem zarówno wyposażenia sprzętowego, jak i możliwości działania lekarskiego dla zoptymalizowania procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Zastosowanie najlepszych standardów opieki medycznej nad noworodkiem mogło zostać wdrożone dopiero po przetransportowaniu dziecka na oddział intensywnej terapii. Nawet przy natychmiastowym przekazaniu dziecka na oddział o najwyższym stopniu referencyjności, ostateczny wynik leczenia mógłby być wyłącznie zależny od niedotlenienia powstałego przed urodzeniem się dziecka.

Komplikacje związane z porodem wywołały u M. T. opóźnienie rozwoju psychoruchowego, niedowład czterokończynowy spastyczny, stan po niedotlenieniu okołoporodowym i schyłkową niewydolność nerek. Ze względu na brak możliwości samodzielnej egzystencji, wymagał stałej opieki matki. M. T. nie chodził, nie jadł samodzielnie i nie sygnalizował potrzeb fizjologicznych. Wymagał pełnej opieki całodobowej, ubierania, karmienia, wykonywania czynności pielęgnacyjnych, pojenia i podawania leków, w tym immunosupresyjnych. Ze względu na podawane leki immunosupresyjne był szczególnie narażony na wszelkiego rodzaju infekcje. U M. T. rozpoznano również schyłkową niewydolność nerek na podłożu zamartwicy, mózgowie porażenie dziecięce, pod postacią czterokończynowego niedowładu spastycznego, padaczkę lekooporną, niedokrwistość, wtórną hipercholesterolemię i białkomocz. Stwierdzono także brak możliwości pełnego i trwałego wyleczenia tych chorób. M. T. poddany został zabiegowi przeszczepu nerki. Rozwój umysłowy, emocjonalny i społeczny M. T. kształtował się na poziomie niedorozwoju w stopniu głębokim. Wymagał stałej rehabilitacji, był objęty indywidualnym programem edukacyjnym. Uczestniczył w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych oraz turnusach rehabilitacyjnych. Został zaliczony do osób niepełnosprawnych od dnia urodzenia. Zmarł 16 grudnia 2012 r.

Sąd Apelacyjny, oddalając apelację powodów, uznał za chybione zarzuty naruszenia art. 299 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c., polegające na nieprzeprowadzeniu uzupełniającego dowodu z przesłuchania powódki oraz przesłuchania przedstawiciela pozwanego szpitala. Kontynuowanie postępowania dowodowego było bezprzedmiotowe, a zebrany w sprawie materiał dowodowy był kompletny dla oceny roszczeń powodów. Wniosek o przeprowadzenie tego dowodu w odniesieniu do dyrektora pozwanego szpitala na etapie postępowania apelacyjnego był również spóźniony. Powodowie w toku postępowania przez Sądem pierwszej instancji ograniczyli wniosek o przesłuchanie stron wyłącznie do przesłuchania powódki. W postępowaniu odwoławczym nie wykazali, że wystąpiły okoliczności opisane w art. 381 k.p.c., uzasadniające przeprowadzenie tego dowodu w postępowaniu apelacyjnym. Ponadto uzyskanie informacji na podstawie zeznań stron powinno nastąpić w początkowej fazie procesu, a nie kilkanaście lat później, kiedy postępowanie medyczne szpitala zostało już ocenione przez wielu biegłych. Na stanowisku kierującego pozwanym szpitalem doszło do zmian personalnych. Obecna wiedza osób kierujących placówką na tematy istotne dla rozstrzygnięcia, w odniesieniu do stanu z roku 2000, byłaby niesatysfakcjonująca. Zaniechanie dalszego przesłuchania powódki również nie stanowiło przeszkody do wydania prawidłowego rozstrzygnięcia. Powódka mogła relacjonować zdarzenia, w których brała udział, w sposób subiektywny. Ponadto okoliczności sporne, istotne dla poczynienia ustaleń relewantnych z punktu widzenia rozsądnego sporu, zostały wyjaśnione w sposób dostateczny w oparciu na dowodach z opinii biegłych.

Sąd Apelacyjny, omawiając zarzuty dotyczące oceny dowodów przez Sąd pierwszej instancji, wskazał, że wnioski opinii biegłych podlegają kontroli sądu z zastosowaniem kryteriów z art. 233 § 1 k.p.c. Kryteria takiej oceny nie mogą wkraczać w zakres objęty wiadomościami specjalnymi biegłego, a rola sądu ogranicza się do oceny kwestii formalnych, przyjętej motywacji i jej zgodności z zasadami wiedzy powszechnej, logiki wyводу, jego jasności i zupełności, stanowczości i spójności wyprowadzonych wniosków. W trakcie postępowania przed Sądem pierwszej instancji, na przestrzeni trzynastu lat, odebrano od biegłych blisko dwadzieścia opinii. Stwierdzane sprzeczności były przedmiotem wyjaśnień biegłych, których zadaniem było m.in. odniesienie się do argumentacji innych

opiniujących, przedstawiających odmienne wnioski. Istotna część rozbieżności została w ten sposób usunięta, a wątpliwości dotyczyły wyłącznie końcowej oceny prawidłowości podjętych działań w odniesieniu do ustalenia czasu, kiedy powinno być wykonane cięcie cesarskie. Biegli mieli możliwość zapoznania się z innymi opiniami i ustosunkowania się do formułowanych w nich twierdzeń, co umożliwiło ustalenie zasadniczo zgodnych ocen w zakresie znakomitej większości elementów zastosowanych procedur. W konsekwencji Sąd Apelacyjny przyjął, że przeprowadzanie kolejnej czynności dowodowej w postaci konfrontacji autorów opinii sporządzonych przez biegłych z C. w K. (dalej: „C. w K.”) i P. w S. (dalej: „P. w S.”) nie było konieczne. Kontrola i ocena uzyskanych opinii należy do sądu i nawet w przypadku utrzymujących się nadal rozbieżności, sąd może przerwać polemikę między biegłymi. Wybór stanowiska jednego z biegłych powinien być w takim przypadku oparty na gruntownej i wnikliwej analizie treści uzasadnienia oraz wniosków tego biegłego.

W ocenie Sądu Apelacyjnego eksponowanie przez skarżących wniosków P. w S. w aspekcie winy personelu medycznego było nieuzasadnione, w szczególności z pominięciem ostatecznych konkluzji, jakie w odniesieniu do poszczególnych kwestii przedstawili opiniujący. Podnoszony przez skarżących wątek nieprześledzenia przebiegu pępowiny podczas badania USG jako przyczyny występujących objawów zagrożenia płodu i mogący skutkować jego niedotlenieniem, nie uzasadniał odpowiedzialności pozwanego. Pępowina owinięta wokół szyi nie była wskazaniem do cięcia cesarskiego, chyba że owinięcie pępowiny było połączone z nieprawidłowym przebiegiem. Tymczasem badanie powódki wykazało, że przebieg ten był wówczas prawidłowy i mieścił się dolnych granicach normy. Odmienne konkluzje biegłych z P. w S. była niekonsekwentna, skoro w treści początkowych opinii stanowisko co do konieczności wcześniejszego zakończenia ciąży motywowali m.in. zaniżonym wynikiem badania przebiegu, pomimo tego, że wynik ten mieścił się w granicach normy. W okolicznościach istniejących w chwili przeprowadzenia tego badania wynik ten, odnoszony do obowiązujących norm, był i powinien być traktowany przez personel medyczny jako prawidłowy.

Sąd Apelacyjny nie podzielił również zarzutów skarżących w kwestii nieprzeprowadzenia niezwłocznie po porodzie badania gazometrycznego. Celowość wykonania tego badania nie była podważana. Jednakże zaniechanie to, określone przez biegłych jako niedociągnięcie, nie miało wpływu na skutek leczenia, a niewykonanie tego badania nie pozwala na wyciągnięcie wniosków co do związku przyczynowego tego zaniechania a stopniem niedotlenienia mózgu czy uszkodzeniem nerek. Istotne było, że gazometria znalazła się w zaleceniach dla lekarzy w roku 2009, a w roku 2000 nie było jej wśród badań obowiązkowych. O ile biegli z P. w S. i C. w K. byli zgodni, że wykonanie tego badania pozwoliłoby na ocenę kwasicy metabolicznej noworodka, to w ocenie biegłych z K. okoliczność ta nie stanowi podstawy do stwierdzenia błędu medycznego. Dostrzegając niekonsekwencję Sądu pierwszej instancji oceniającego brak badania gazometrycznego, Sąd Apelacyjny przyjął, że była to omyłka, pozostająca w sprzeczności z całym wywodem przedstawionym w pisemnych motywach wyroku.

Sąd drugiej instancji negatywnie ocenił eksponowane przez skarżących zaniechanie wykonania badania aminoskopii. Wykonanie tego badania nie było uzasadnione. Na potrzebę przeprowadzenia tego badania wskazywali biegli P. w S., choć jednocześnie nie wskazali, czy zaniechanie tej czynności przełożyło się na stan noworodka. Natomiast biegli C. w K. przeczyli celowości i konieczności wykonania tego badania, twierdząc również, że nie jest ono obecnie wykonywane z uwagi na niewielką wartość diagnostyczną. Również późne przewiezienie noworodka na oddział intensywnej opieki medycznej nie miało znaczenia dla przyjęcia odpowiedzialności pozwanego szpitala. Zgodnie z opinią biegłych z K. przewiezienie nastąpiło niezwłocznie po wystąpieniu takiej potrzeby, którego to wniosku nie kwestionowali pozostali biegli, zgadzając się co do prawidłowej opieki neonatologicznej nad noworodkiem.

Węzłowe dla rozstrzygnięcia było określenie właściwego terminu na zakończenie porodu przez cesarskie cięcie. Przyspieszenie tego zabiegu, oceniając obiektywnie w oderwaniu od wskazań medycznych, nie mogłoby zaszkodzić dziecku, zwłaszcza że spór dotyczy okresu dwóch godzin, a ciąża była donoszona. Ocenę w tym zakresie Sądy *meriti* oparły na opinii biegłych. Sąd Apelacyjny wskazał, że w opinii P. w S. z 1 lutego 2010 r. biegli zarzucili pracownikom

pozwanego szpitala, że pomimo kolejnych epizodów bradykardii, ograniczono się do podania leku i nie zdecydowano się na zakończenie porodu co najmniej 1,5-2 godziny wcześniej niż to miało miejsce. Zwolnienie tętna - bradykardia poniżej 80 uderzeń na minutę - stanowiło poważne zagrożenie, zwłaszcza w połączeniu z deceleracją, rozumianą jako krótkotrwały spadek częstotliwości akcji serca. Zamienne występowanie deceleracji i brak deceleracji świadczą o znacznym zagrożeniu płodu. O godzinie 14:22 były wskazania do rozwiązania ciąży przez cięcie cesarskie, zaś dłuższe oczekiwanie było błędem, co nie wyklucza, że mogło mieć wpływ na stan noworodka. Pacjentka zgłosiła się z powodu odczuwania słabszych ruchów płodu, co mogło wskazywać na zagrożenie płodu. W zapisie KTG, przy braku czynności skurczowej macicy, występowała zawężona oscylacja czynności serca płodu z jedną deceleracją, co dodatkowo mogło przemawiać za zagrożeniem dla płodu. W ostatnim przypadku biegli stwierdzili, że powyższe dane nie były jeszcze bezwzględными wskazaniami do cięcia cesarskiego, ale już po zwolnieniu o godz. 14:22 akcji serca do 60 uderzeń na minutę i dalszych występujących nieprawidłowościach w zapisach KTG po przeniesieniu pacjentki na salę porodową, a zwłaszcza po odejściu zielonego płynu owodniowego na początku porodu, wskazania do zakończenia porodu cięciem stały się bezwzględnymi. Natomiast w jednej z opinii uzupełniających sformułowano sprzeczne wnioski. Jeden z biegłych przyjął, że samo stwierdzenie zielonych wód płodowych nie jest wskazaniem do cesarskiego cięcia, podczas gdy inny stwierdził, że cięcie trzeba było wykonać, gdy rozpoznano wystąpienie zielonych wód. Zdaniem biegłych także pępowina owinięta wokół szyi, o ile nie jest to połączone z nieprawidłowym przepływem, nie stanowiła wskazania do pilnego zakończenia ciąży, podobnie jak jeden incydent deceleracji.

Sąd Apelacyjny wskazał, że w ocenie biegłych Ś. w K., zakończenia porodu przez cesarskie cięcie było decyzją prawidłową, gdy wynik KTG wskazywał na niedotlenienie. Bradykardia płodu może świadczyć o niedotlenieniu, ale nie musi. Lekarze chcieli to zweryfikować przez badanie dopplerowskie i było to działanie prawidłowe.

Natomiast w opinii biegłych z C. w K. stwierdzono, że w czasie przyjęcia do szpitala nie było wskazań do cesarskiego cięcia. Wskazania do wykonania zabiegu

nie wystąpiły także po przeprowadzeniu pierwszych badań. Między 15:50 a 16:30 miał miejsce pojedynczy epizod bradykardii, a pozostałe wyniki co 10 minut były w normie. Jednorazowe zdarzenie nie jest wskazaniem do natychmiastowego urodzenia dziecka. Przyczyn niedotlenienia dziecka było więcej i wcześniejsze cesarskie cięcie nie uchroniłoby dziecka od tak ciężkich uszkodzeń. O godzinie 14:22 stwierdzono bradykardię do 60 uderzeń na minutę, co stanowiło wskazanie do obserwacji, a nie oznaczało wskazania do natychmiastowego cesarskiego cięcia. Zabieg cesarskiego cięcia został wykonany, kiedy pojawiły się wskazania do jego wykonania. Nie było też pewności, że wcześniejsze wykonanie cięcia pozwoliłoby na urodzenie dziecka w lepszym stanie. Przyczyną złego stanu było niedotlenienie wywołane okręceniem pępowiny wokół szyi prowadzące do uszkodzenia OUN, jak i zespół zachłyśnięcia się smółką. Wniosek ten był zbieżny ze stwierdzeniem biegłych ze S., którzy w opinii uzupełniającej z 2 sierpnia 2012 r. stwierdzili, że ten proces toczył się wewnątrzmacicznie, doprowadzając do wydalenia smółki przez niedotleniony płód do wód płodowych i urodzenia dziecka w zamartwicy. Zdaniem biegłych C. w K. pojedyncze spadki tętna nie są wskazaniem do natychmiastowego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, ponieważ, także w trakcie zwykłego porodu fizjologicznego, może wielokrotnie dojść do pojedynczych spadków i wówczas nie wykonuje się cięcia. Wskazanie do wykonania zabiegu cesarskiego cięcia ma miejsce, gdy do spadków tętna dołączają deceleracje.

Podstawę rozstrzygnięcia Sądów *meriti* stanowiły wnioski wynikające z opinii biegłych z C. w K., które znalazły potwierdzenie także w opiniach sporządzonych w sprawie przez innych biegłych: D. G. i P. S. oraz w treści dwóch opinii Ś., sporządzonych w zakresie neonatologii i ginekologii. Ostatnia z wymienionych opinii mogła stanowić podstawę ustaleń stanu faktycznego i rozstrzygnięcia, z uwagi na brak w apelacji powodów zarzutu naruszenia prawa procesowego.

W oparciu na takich ustaleniach faktycznych Sądy *meriti* wskazały, że podstawę odpowiedzialności pozwanego szpitala stanowi art. 430 k.c. Warunkiem przyjęcia odpowiedzialności zakładu opieki zdrowotnej jest ustalenie winy i związku przyczynowego między podjętymi czynnościami leczniczymi personelu medycznego a poniesionym przez powodów uszczerbkiem. Wysokie wymagania stawiane personelowi medycznemu nie oznaczają ani jego

odpowiedzialności za wynik leczenia, ani odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Odpowiedzialność ta kształtuje się na zasadzie winy, którą można przypisać tylko w wypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny łączy się z naruszeniem zasad wynikających z zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii. W jego ramach mieści się tzw. błąd lekarski, przez który rozumie się naruszenie obowiązujących lekarza reguł postępowania, ocenianych w kontekście nauki i praktyki medycznej. Element subiektywny zachowania lekarza odnosi się do staranności w działaniu, ocenianej pod kątem określonego wzorca, standardu postępowania, przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności każdego lekarza, jako jego staranności zawodowej. Z kolei według art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, a także zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością.

Ewentualna odpowiedzialność pozwanego szpitala wobec M. T. miałyby charakter deliktowy. Dla przyjęcia takiej odpowiedzialności, zachowanie lekarza musi być obiektywnie bezprawne i subiektywnie zawinione. Obowiązkiem personelu szpitala jest dołożenie należytej staranności w leczeniu pacjenta. Konstrukcja ta pozwala zerwać więź personalną między działaniem lub zaniechaniem prowadzącym do powstania szkody, a zarzutem niewłaściwego zachowania się, poprzestając na ustaleniu, że niewątpliwie zawinił organ lub którykolwiek z pracowników pozwanego. Wina jest odniesiona do dostrzeżonych wadliwości w działaniu zespołu ludzi lub funkcjonowaniu danej struktury organizacyjnej.

Sąd Apelacyjny wskazał, że staranność zawodowa lekarza powinna być należyta, właściwie dobrana do kwalifikacji danego lekarza (zespołu lekarzy), jego doświadczenia i sytuacji, w której udzielana jest pomoc osobie tego potrzebującej. Oczekuje się od lekarzy szczególnej staranności, z uwagi na przedmiot ich zabiegów dotyczących człowieka i nieodwracalności niektórych skutków.

Sąd Apelacyjny doszedł do przekonania, że działania personelu medycznego pozwanego szpitala nie nosiło cech błędu lekarskiego. Czynności

podjęte wobec M. T. i jego matki były zgodne z obowiązującymi wówczas zasadami sztuki medycznej i zostały przeprowadzone z należytą starannością. Stan zdrowia M. T. nie pozostaje w związku przyczynowym z procedurami medycznymi wdrożonymi w pozwanej placówce medycznej. Opierając się na wnioskach opinii biegłych, Sądy *meriti* przyjęły, że standard usług medycznych był zachowany w stopniu wykluczającym możliwość przyjęcia ze znacznym prawdopodobieństwem, graniczącym z pewnością, że podjęcie innych działań mogłoby uchronić M. T. przed tak daleko idącymi konsekwencjami niedotlenienia. W chwili przyjęcia M. T. do pozwanego szpitala i po przeprowadzeniu pierwszych badań, nie było jasnych sygnałów świadczących o potrzebie wdrożenia innych działań medycznych. Nie można zatem przyjąć, że ich zaniechanie było obiektywnie wadliwe, sprzeczne z zasadami sztuki medycznej i spowodowane niewiedzą bądź niedbalstwem lekarzy zajmujących się M. T..

Małżonkowie T. nie sprostali ciężarowi wykazania, że stan zdrowia ich syna wynikał z niewłaściwego postępowania personelu medycznego, nawet w oparciu o tzw. dowód *prima facie*.

Sąd Apelacyjny zaznaczył również, że przepisy Kodeksu cywilnego nie ustanawiają domniemania winy. Na gruncie rozpoznawanej sprawy oznacza to, że można byłoby uznać odpowiedzialność pozwanego szpitala jedynie po wykazaniu z przeważającym prawdopodobieństwem (graniczącym z pewnością), że do niedotlenienia płodu, skutkującego daleko idącym upośledzeniem i kalectwem M. T., doszło wskutek błędu personelu medycznego szpitala. W tzw. procesach medycznych, z uwagi na trudności dowodowe, niejednokrotnie przyjmuje się odpowiedzialność, o ile związek przyczynowy między działaniem a skutkiem (szkodą) da się ustalić ze znacznym prawdopodobieństwem oraz zasadne jest sięganie po konstrukcję domniemań faktycznych i dowodu *prima facie*. W niniejszej sprawie stan faktyczny jest jednak o wiele bardziej skomplikowany, a liczne opinie biegłych wskazują, iż na stan zdrowia małoletniego M. Tylko mogło mieć wpływ wiele przyczyn. Mechanizm dowodu *prima facie* można byłoby zastosować, gdyby ustalone zostało, że jakieś działanie czy zaniechanie medyków było wadliwe, lecz nie wiadomo, czy stan dziecka po urodzeniu był tego następstwem, z uwagi na możliwe inne współprzyczyny. W rozpoznawanej sprawie ostatecznie ogniwo w

postaci błędu medycznego zostało wykluczone. Nie ma więc zachowania personelu pozwanego szpitala, które było obiektywnie nieprawidłowe i subiektywnie zawinione, nadającego się do związania węzłem przyczynowo-skutkowym ze stanem M. T. po urodzeniu.

Sąd Apelacyjny przyjął za Sądem pierwszej instancji, że pozwany szpital nie ponosi odpowiedzialności na podstawie art. 430 k.c. Opiniujący w sprawie biegli specjaliści ocenili wdrożone procedury medyczne jako prawidłowe, bez cech błędu w sztuce. Istotna większość biegłych stała na stanowisku, że podjęte działania wypełniały standard należytej staranności i wykluczały zawinione zachowanie personelu medycznego szpitala. Rozbieżności w opiniach biegłych, dotyczące momentu wystąpienia wskazań do cesarskiego cięcia, pozostałe pomimo długotrwałego postępowania dowodowego i zlecenia biegłym uzupełnienia opinii oraz odnoszenia się do twierdzeń przedstawionych przez innych specjalistów, nie mogły być bez wpływu na ocenę działań podejmowanych przez pracowników pozwanego. W ocenie Sądu drugiej instancji, jeżeli nawet wybitni specjaliści w dziedzinie ginekologii i położnictwa nie byli zgodni w tym zakresie, brak było podstaw do przyjęcia, że z punktu widzenia oceny postępowania lekarza szpitala pierwszego stopnia referencyjności, wiążące było stanowisko biegłych P. w S., wskazujące na celowość wdrożenia danej procedury, pomimo że takiej konieczności nie dostrzegł żaden z pozostałych opiniujących (biegli sądowi i instytut).

Od wyroku Sądu Apelacyjnego skargę kasacyjną wnieśli powodowie, zaskarżając go częściowo, co do punktu II. Skarżący zarzucili naruszenie przepisów prawa procesowego: art. 299 w zw. z art. 233 § 1 i art. 217 § 2 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c., art. 272 w zw. z art. 289 i art. 217 § 2 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. i art. 231 w zw. z art. 233 § 1 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c., jak też przepisów prawa materialnego: art. 361 § 1 w zw. z art. 430 k.c. Skarżący wnieśli o uchylenie zaskarżonego wyroku Sądu drugiej instancji i przekazanie sprawy temu Sądowi do ponownego rozpoznania oraz o zasądzenie od pozwanego na rzecz strony powodowej kosztów postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Zarzut naruszenia art. 299 w zw. z art. 233 § 1 i art. 217 § 2 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. skarżący wiązali z niedopuszczeniem dowodu z przesłuchania M. T., jak również niedopuszczeniem dowodu z przesłuchania przedstawiciela pozwanego szpitala. W ocenie skarżących, istniały w sprawie niewyjaśnione fakty, stąd przerwanie przesłuchania M. T., jak również nieprzesłuchanie przedstawiciela pozwanego szpitala na okoliczności dotyczące szczegółowego stanu organizacyjnego, technicznego, stanu i liczebności personelu pozwanego w 2000 r. mogło mieć wpływ na treść rozstrzygnięcia.

Kwestia konieczności przeprowadzenia dowodu z przesłuchania stron należy do swobodnej decyzji Sądu *meriti*, opartej na analizie zgromadzonego materiału dowodowego w zakresie jego spójności i zupełności (art. 299 k.p.c.). W sprawach cywilnych dowód ten nie ma charakteru obligatoryjnego, a jego przeprowadzenie jest konieczne wówczas, gdy nie ma możliwości przeprowadzenia innych dowodów, lub gdy tych dowodów brak (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 18 lutego 2010 r., II CSK 369/09). Nieprzesłuchanie strony może stanowić uchybienie procesowe, rozumiane jako niewyjaśnienie wszystkich okoliczności istotnych i spornych, gdy mogło wpłynąć na wynik sprawy.

W rozpoznawanej sprawie takie okoliczności nie wystąpiły. Trafnie podniósł Sąd Apelacyjny, że po pierwsze, wniosek o przeprowadzenie dowodu z przesłuchania stron pełnomocnik ograniczył do przesłuchania wyłącznie M. T., w głównej mierze celem wyjaśnienia okoliczności przebiegu ciąży i samego porodu. Zebrany materiał dowodowy, w tym liczne opinie biegłych wraz z uzupełnieniami, stanowiły materiał wystarczający dla oceny roszczeń powodów. Kontynuowanie postępowania dowodowego przez odebranie wyjaśnień w tym zakresie od stron postępowania było zbędne na tym etapie postępowania. Po drugie, wniosek o przeprowadzenie dowodu z przesłuchania dyrektora szpitala był działaniem spóźnionym. Złożony wniosek dowodowy uległ prekluzji (art. 381 k.p.c.), na co trafnie zwrócił uwagę Sąd drugiej instancji. Po trzecie, odbieranie wyjaśnień od osoby, która obecnie pełni funkcję dyrektora pozwanego szpitala, co do organizacji placówki i możliwości diagnostycznych w 2000 r., po upływie kilkunastu lat od zdarzenia, z punktu widzenia zasad logiki i doświadczenia życiowego, było również działaniem zbędnych i nieuzasadnionych.

Nie można też zgodzić się ze skarżącymi, że zaniechanie kontynuowania przesłuchania powódki po zmianie sędziego referenta w sprawie przed Sądem pierwszej instancji uniemożliwiło wydanie prawidłowego rozstrzygnięcia. Mimo uwag Sądu drugiej instancji co do celowości ewentualnego przesłuchania stron na wcześniejszym etapie postępowania, a nie dopiero po sporządzeniu przez biegłych opinii wraz z ich uzupełnieniami w formie pisemnej i odebraniem ustnych wyjaśnień co do opinii na podstawie art. 286 k.p.c., relacje dowodu z przesłuchania stron do całokształtu materiału dowodowego zebranego w danej sprawie określa art. 299 k.p.c. Przepis ten traktuje wypowiedź dowodową strony jedynie jako ewentualne - w zależności od okoliczności - uzupełnienie materiału dowodowego. Z tego przepisu wynikają konsekwencje zarówno co do momentu, w którym może zapaść decyzja sądu o przeprowadzeniu dowodu z przesłuchania stron, jak i co do zakresu przedmiotowego tego dowodu. Ograniczenia te są konsekwencją założenia o nikłej wartości dowodowej wypowiedzi osoby bezpośrednio zainteresowanej wynikiem postępowania.

Dowód z przesłuchania stron może być dopuszczony jedynie wtedy, gdy materiał dowodowy został wyczerpany lub też w danej sprawie w ogóle brak środków dowodowych, a fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy nie zostały wyjaśnione. Jeśli zatem zebrany w sprawie materiał w pełni pozwolił na rekonstrukcję stanu faktycznego, nie ma podstaw do zarządzenia dowodu z przesłuchania stron. Sąd może się o tym przekonać dopiero po przeprowadzeniu postępowania dowodowego; dowód z przesłuchania stron z reguły powinien być ostatnim z dopuszczonych w danej sprawie środków dowodowych.

Bezzasadność zarzutu skarżących co dalszego przesłuchania M. T. prowadzi do wniosku, że o ile na wcześniejszym etapie postępowania, Sąd *meriti* dostrzegał potrzebę przeprowadzenia tego dowodu, to zaniechanie kontynuowania przesłuchania powódki nie oznacza uniemożliwienia wydania prawidłowego rozstrzygnięcia w sprawie. Sąd Apelacyjny motywy zaniechania kontynuowania przeprowadzenia tego dowodu wyjaśnił przekonująco. Nie tylko osobiste zaangażowanie powódki mogło uzasadniać relacjonowanie przez nią zdarzeń z własnego, subiektywnego punktu widzenia, ale też i przedmiot postępowania, oceniany wielokrotnie przez osoby posiadające wiadomości specjalne w rozumieniu

art. 278 k.p.c., uzasadniał przekonanie, że okoliczności sporne i istotne dla rozstrzygnięcia zostały już wyjaśnione. Zaniechanie przeprowadzenia dowodu z zeznań M. T. w całości nie tylko nie naruszało art. 299 k.p.c., ale też nie miało wpływu na wynik rozstrzygnięcia w sprawie.

Zarzut naruszenia art. 299 k.p.c. skarżący połączyli z naruszeniem również art. 233 § 1 k.p.c. Zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. jest chybiony, ponieważ wyrażona w nim zasada swobodnej oceny dowodów dotyczy dowodów przeprowadzonych w postępowaniu dowodowym, natomiast konstrukcja podniesionego zarzutu opiera się na zaniechaniu przeprowadzenia pełnego dowodu z przesłuchania stron. Już tylko z tego względu okoliczności faktyczne, które dowód ten miał potwierdzić nie podlegają ocenie na podstawie art. 233 § 1 k.p.c. Wyjaśnienia również wymaga, że zgodnie z art. 398³ § 3 k.p.c. podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów i oceny dowodów. Wyłączenie to jest wyrazem założenia, że w systemie dwóch instancji sądowych, opartym na modelu apelacji pełnej, ustalenia faktyczne stanowią domenę sądu pierwszej i drugiej instancji, podczas gdy Sąd Najwyższy kontroluje prawidłowość zaskarżonego wyroku, będąc związany jego podstawą faktyczną (art. 398¹³ § 2 k.p.c.) (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z 28 października 2008 r., IV CSK 228/08, OSNC-ZD 2009, Nr 3, poz. 66; z 21 października 2015 r., III CSK 465/14, i z 13 kwietnia 2017 r., I CSK 93/17). Artykuł 398³ § 3 k.p.c. nie precyzuje naruszenie jakich przepisów nie może w związku z tym wypełniać podstaw skargi kasacyjnej. W orzecznictwie Sądu Najwyższego jednolicie przyjmuje się jednak, że przepisem takim jest art. 233 § 1 k.p.c. (zob. postanowienia Sądu Najwyższego: z 23 listopada 2005 r., III CSK 13/05, OSNC 2006, Nr 4, poz. 76, i z 6 lutego 2014 r., I UK 397/13, oraz wyroki Sądu Najwyższego: z 16 listopada 2012 r., III CSK 73/12; z 14 lutego 2013 r., II CSK 292/12, i z 10 czerwca 2014 r., I PK 309/13).

Zarzut naruszenia art. 272 w zw. z art. 289 k.p.c. i art. 217 § 2 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. skarżący wiązali z niedopuszczeniem dowodu z konfrontacji biegłych z P. w S. i biegłych z C. w K., w zakresie wyjaśnienia sprzeczności w opiniach co do czasu powstania wskazań do przeprowadzenia cesarskiego cięcia.

Wbrew twierdzeniom skarżących, w toku postępowania kilkakrotnie były wyjaśniane wątpliwości co do opinii obydwu instytutów. Składane były nie tylko opinie uzupełniające, w których omawiane były rozbieżności, ale również odbierano ustne wyjaśnienia do opinii sporządzonych na piśmie, w tym również z możliwością odnoszenia się do wniosków opinii już dostępnych w sprawie. Przyczyny, dla których Sąd drugiej instancji uznał, że konfrontowanie biegłych z obydwu instytutów nie jest konieczne, zostały dostatecznie wyjaśnione w uzasadnieniu wyroku (s. 14-20 uzasadnienia).

Wymaga przypomnienia, że opinia biegłego jest dowodem, który podlega ocenie na podstawie art. 233 § 1 k.p.c., na podstawie właściwych dla tej oceny kryteriów zgodności z zasadami logiki i wiedzy powszechnej, poziomu wiedzy biegłego, podstaw teoretycznych opinii, sposobu motywowania oraz stopnia stanowczości wyrażonych wniosków (zob. postanowienie Sądu Najwyższego z 7 listopada 2000 r., I CKN 1170/98; wyrok Sądu Najwyższego z 15 listopada 2002 r., V CKN 1354/00). W sytuacji, gdy opinie biegłych nie pokrywają się ze sobą, obowiązkiem sądu orzekającego jest wyjaśnienie przyczyn rozbieżności wyrażanych przez biegłych poglądów. Jednakże kontrola uzyskanych opinii należy do sądu i nawet w przypadku utrzymujących się nadal rozbieżności, sąd może przerwać polemikę między biegłymi. Wybór stanowiska jednego z biegłych powinien być oparty na gruntownej i wnikliwej analizie treści uzasadnienia oraz wniosków tego biegłego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 21 grudnia 2004 r., I CK 587/04). Obowiązującemu Kodeksowi postępowania cywilnego nie jest znana instytucja "super opinii" o rozstrzygającym znaczeniu, ale też naturalnym dążeniem strony jest poszukiwanie biegłego, który by potwierdził jej stanowisko w sprawie.

Jeżeli opinie biegłych są rozbieżne, a materiał dowodowy nie daje podstawy do oparcia się wyłącznie na opinii jednego z biegłych, to wówczas sąd powinien przez łączne zbadanie opinii wyjaśnić zachodzące w nich sprzeczności (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 28 sierpnia 2008 r., III CSK 98/08). Dążenie do uzyskania takiego skutku nie musi nastąpić przez dopuszczenie dowodu z konfrontacji biegłych. Zgodnie z art. 272 k.p.c. zarządzenie takiej konfrontacji jest prawem, a nie obowiązkiem sądu. Zwrócić uwagę należy również, że przepisy Kodeksu postępowania cywilnego nie przewidują dowodu z konfrontacji biegłych, który to

dowód jest dopuszczalny w ramach konfrontacji świadków, i to w sytuacji, gdy ich zeznania przeczą sobie wzajemnie (art. 272 k.p.c.), w celu ustalenia, który ze świadków przedstawia prawdziwe fakty. Przedmiotem dowodu z opinii biegłego nie jest ustalanie faktów, ale ich ocena z uwzględnieniem posiadanych przez biegłego wiadomości specjalnych. Opinia w takim zakresie nie podlega weryfikacji na podstawie kryterium prawdy i fałszu.

Sąd Apelacyjny szczegółowo wyjaśnił i omówił rozbieżności opinii P. w S. i C. w K.. Węzłowe w sprawie okoliczności dotyczące powstania wskazań do przeprowadzenia cesarskiego cięcia wcześniej niż to miało miejsce i podnoszone w opinii P. w S., zostały usunięte na podstawie dalszych wyjaśnień biegłych, którzy odnosili się do argumentacji innych opiniujących w sprawie. W ramach przyznanych Sądowi uprawnień kontrolnych, sąd przerwał polemikę między biegłymi i dokonał wyboru stanowiska, opierając się na gruntownej i wnikliwej analizie treści uzasadnienia oraz wniosków przyjętych opinii. Do sądu należała decyzja, z której z przewidzianych procedurą cywilną możliwości wyjaśnienia rozbieżności w opiniach biegłych skorzysta (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 14 grudnia 2012 r., III UK 19/12). Sąd Apelacyjny, oceniając wnioski złożonych w sprawie opinii, uzasadnił swoje stanowisko rzeczowo i kompletnie, przedstawiając własną, obszerną i przekonującą argumentację w uzasadnieniu wyroku, do której należy się odwołać, unikając zbędnych powtórzeń (s. 14–22 uzasadnienia).

Chybiony jest również zarzut sprzeczności zebranego w sprawie materiału dowodowego z ustalonym stanem faktycznym, wynikający z naruszenia przepisów postępowania, tj. art. 231 w zw. z art. 233 k.p.c. i art. 233 § 1 k.p.c., w obydwu przypadkach w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. Po pierwsze, podniesione w ramach tego zarzutu naruszenia przepisów prawa procesowego były wyłącznie konsekwencją założenia skarżących, że Sąd Najwyższy stwierdzi naruszenie omówionych wcześniej przepisów prawa procesowego, dotyczących postępowania dowodowego. Świadczy o tym użyte w skardze kasacyjnej sformułowanie „w konsekwencji powyższego”. Uznanie zarzutów dotyczących postępowania dowodowego przed Sądem drugiej instancji za bezzasadne, o czym było wcześniej, eliminuje konieczność badania zarzutu kasacyjnego, sformułowanego warunkowo. Po drugie, dostatecznie zostało już wyjaśnione, że podstawą skargi kasacyjnej nie

mogą być zarzuty dotyczące ustalenia faktów i oceny dowodów (art. 398³ § 3 k.p.c.), które to ustalenia faktyczne stanowią domenę sądu pierwszej i drugiej instancji.

W judykaturze trafnie zwrócono uwagę na to, iż art. 231 k.p.c. zezwala na ocenę prawidłowości twierdzeń faktycznych na podstawie ustaleń dotyczących innych faktów (domniemanie faktyczne) (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z 9 stycznia 2001 r., II CKN 1140/00, OSNC 2001, Nr 10, poz. 152, i z 19 października 2011 r., II CSK 87/11). Naruszenie art. 231 k.p.c., jako przepisu bezpośrednio dotyczącego sfery faktów i mieszczącego się w granicach swobodnej oceny sędziowskiej, nie może stanowić zarzutu kasacyjnego (zob. wyroki Sądu Najwyższego: z 11 stycznia 2007 r., II CSK 400/06; z 7 listopada 2008 r., II CSK 289/08; z 27 listopada 2013 r., V CSK 544/12, i z 9 października 2014 r., I CSK 544/14, OSNC-ZD 2016, Nr 1, poz. 4). Oznacza to niedopuszczalność powoływania się przez skarżącego na wadliwość wyroku sądu drugiej instancji w zakresie ustalenia faktów również w odniesieniu do ustaleń opartych na domniemaniach faktycznych.

Z przedstawionych powodów podniesione w skardze kasacyjnej zarzuty naruszenia art. 231 i art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. należało uznać za chybione.

Zarzuty skargi kasacyjnej w opisanym wyżej zakresie są nietrafne również z tego względu, że stanowią nieuprawnioną polemikę z ustaleniami faktycznymi i oceną dowodów, dokonaną przez Sądy *meriti*. Powodowie w skardze opisują ze szczegółami przebieg postępowania, w tym badanie przez Sąd Apelacyjny sposobu i zakresu oceny dowodów. Z ustalonego stanu faktycznego, który wiąże Sąd Najwyższy rozpoznający skargę kasacyjną (art. 398¹³ § 2 k.p.c.) wynika, że tętno płodu było monitorowane zapisami KTG, które odczytywano prawidłowo i w oparciu na których podejmowano właściwe decyzje, w tym o terminie wykonania cięcia cesarskiego; brak śledzenia przebiegu pępowiny płodu nie został wskazany, jako przyczyna niedotlenienia płodu, a samo owinięcie pępowiny wokół szyi dziecka nie jest jeszcze wskazaniem do cięcia cesarskiego, o ile są prawidłowe przepływy, które w badaniu USG mieściły się w granicach normy; o godzinie 14:22 nie było wskazań do natychmiastowego cięcia; niewykonanie badania gazometrycznego nie

stanowiło błędu medycznego (według stanu wiedzy w 2000 r.), a noworodka należało najpierw ogrzać; niewykonanie amnioskopii nie było błędem medycznym z uwagi na jego niewielką wartość diagnostyczną.

Ocenę zarzutów naruszenia przepisów prawa materialnego należy poprzedzić następującymi uwagami natury ogólnej. Sądy *meriti* trafnie przyjęły, że podstawę odpowiedzialności pozwanego szpitala może stanowić art. 430 k.c. (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 20 maja 2016 r., II CSK 517/15). Przesłanką odpowiedzialności szpitala na tej podstawie jest zawsze wina lekarza i ewentualnie jeszcze innych osób tworzących personel medyczny i uczestniczących w leczeniu szpitalnym. Jeżeli personelowi medycznemu nie można przypisać uchybień wskazujących na ich winę, nie można także dostrzegać między tymi czynnościami a uszczerbkiem powoda adekwatnego związku przyczynowego (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 14 stycznia 2016 r., I CSK 1031/14). W tzw. procesach lekarskich szczególne trudności mogą być związane z ustaleniem adekwatnego związku przyczynowego. W takich przypadkach ustalenie związku przyczynowego jest rzeczą niezwykle skomplikowaną, z uwagi na trudno uchwytnie procesy biologiczne, niedoskonałość poziomu nauki czy niewystarczającą wiedzę medyczną w zakresie rozpoznawania, zapobiegania i leczenia chorób. W wyroku z 5 lipca 1967 r., I PR 174/67, Sąd Najwyższy podkreślił, że w takiej sytuacji sąd może, po rozważeniu całokształtu okoliczności sprawy, uznać dowód za przeprowadzony, mając na uwadze wysoki stopień prawdopodobieństwa. Z kolei w wyrokach z 20 sierpnia 1968 r., II CR 310/68, z 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, i z 12 stycznia 1977 r., II CR 571/76, Sąd Najwyższy przyjął za dowód istnienia związku przyczynowego wykazanie dostatecznej dozy prawdopodobieństwa jego wystąpienia.

Zapoczątkowany w powołanych wyrokach kierunek orzecznictwa był konsekwentnie kontynuowany w późniejszych latach. Obecnie w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że tzw. procesach odszkodowawczych lekarskich nie jest konieczne wykazywanie istnienia związku przyczynowego między działaniem (zaniechaniem) personelu służby zdrowia a szkodą pacjenta w stopniu pewnym i stanowczym, lecz wystarczy istnienie związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa (zob. wyroki Sądu Najwyższego z 13 czerwca 2000 r., V CKN 34/00; z 4 listopada 2005 r., V CK 182/05; z 5 kwietnia 2012 r., II CSK 402/11;

z 26 marca 2015 r., V CSK 357/14). W wyroku z 4 listopada 2016 r., I CSK 739/15, Sąd Najwyższy wyjaśnił, że przyjęcie przez sądy *meriti* w danym stanie faktycznym wysokiego prawdopodobieństwa związku przyczynowego między zdarzeniem wyrządzającym szkodę a szkodą lub jego braku ma z założenia charakter ocenny i dlatego do naruszenia art. 361 § 1 k.c., które można zakwalifikować jako uzasadnioną podstawę kasacyjną, dochodzi w przypadkach, gdy rozumowaniu sądu można przypisać cechy dowolności, względnie kiedy występują istotne luki i sprzeczności we wnioskowaniu.

Nie można zatem podzielić zarzutu skargi kasacyjnej naruszenia art. 361 § 1 k.c. w zw. z art. 430 k.c. polegającego na błędnej wykładni wskazanych przepisów, że istnienie związku między działaniem i zaniechaniem, z którego szkoda wynikła, a samą szkodą (rozstrojem zdrowia) musi polegać na stwierdzeniu wyłącznego i bezpośredniego związku. Twierdzenia takie nie zostały przez Sądy *meriti* sformułowane. Sąd Apelacyjny przyjął, że wykazanie z przeważającym prawdopodobieństwem, iż do niedotlenienia płodu, skutkującego daleko idącym upośledzeniem i kalectwem M. T., doszło na skutek błędu personelu medycznego pozwanego szpitala, mogło uzasadniać odpowiedzialność pozwanego szpitala. Podniesiony przez skarżących zarzut naruszenia art. 361 k.c. jest chybiony, nawet przy przyjęciu złagodzonej formuły związku przyczynowego i przyjęciu, że nie jest konieczne wykazanie związku przyczynowego o charakterze bezpośrednim i stanowczym, lecz wystarczy przyjęcie wystąpienia związku o odpowiednim stopniu prawdopodobieństwa. Konstrukcja domniemania faktycznego nie może być wykorzystana, jeżeli przeczy wynikom postępowania dowodowego i ocenie przez Sąd *meriti*, że zachowanie personelu medycznego w okolicznościach sprawy nie stanowiło błędu medycznego (zachowania obiektywnie bezprawnego i subiektywnie zawinionego).

Sąd Najwyższy nie ma wątpliwości, że M. T. i P. T. dotknęła niewymierna tragedia. Powodowie, a zwłaszcza ich nieżyjący już syn, przeżyli niezwykle ciężki okres i zrozumiałe jest towarzyszące im poczucie ogromnej krzywdy i żalu. Mimo szacunku i współczucia, które rodzi się w odniesieniu do sytuacji powodów, Sąd nie może pominąć tego, że w sprawie nie ma przesłanek, które pozwoliłyby na

stwierdzenie, iż tragedia ta jest wynikiem zawinienia czy błędu ludzkiego. Nie ma zatem podstaw do przypisania pozwanemu odpowiedzialności.

W świetle ustalonych w sprawie faktów, Sąd drugiej instancji miał uzasadnione podstawy do przyjęcia, że nie zachodzi wysokie prawdopodobieństwo związku między stanem zdrowia M. T. i zachowaniem personelu medycznego pozwanego szpitala w trakcie jego porodu. Przedstawiona, w tym przedmiocie, w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku ocena Sądu nie jest dowolna.

W tym stanie rzeczy, uznając za bezzasadne zarzuty kasacyjne skarżących, Sąd Najwyższy oddalił skargę kasacyjną na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c.

O kosztach postępowania kasacyjnego Sąd Najwyższy orzekł na podstawie art. 102 k.p.c., odstępując od obciążenia powodów kosztami postępowania, zaś o kosztach nieopłaconej pomocy prawnej w postępowaniu kasacyjnych rozstrzygnął na podstawie § 8 pkt 7 w zw. z § 16 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 3 października 2016 r. w sprawie ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej przez adwokata z urzędu (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 18).